

**AL PUBLICO EN GENERAL:**

Proveemos este formulario para ayuda de cualquier querellante y no con la intención de que ésta sea la única forma en que se pueda presentar una querrela con el Departamento del Trabajo e Industrias.

WAC 296-350-450 Querellas de los empleados o sus representantes. (1) Cualquier empleado o representante de empleados que crea, de buena fe, que existe una infracción a cualquier norma de seguridad o salud, o algún peligro inminente en cualquier lugar de trabajo donde dicho empleado trabaje, podrá solicitar una inspección del mismo por medio de una notificación de la presunta infracción o peligro, presentada en cualquier oficina o con cualquier oficial de la división de seguridad y salud industrial del departamento. Toda notificación de esta naturaleza debe ser por escrito, establecer en forma razonablemente detallada los fundamentos para la notificación y estar firmada por el empleado o representante de los empleados. Un oficial de la división le hará entrega de una copia al patrón o su agente, no más tarde de la fecha de inspección, si hay alguna, salvo que a petición de la persona que dé dicha notificación, tanto su nombre como el nombre de cualquier empleado individual al cual se haga referencia en dicha notificación, no aparecerá ni en la copia ni en ningún registro publicado, comunicado o facilitado por el Departamento del Trabajo e Industrias.

(2) Si al recibir dicha notificación se determina que el querellante cumple con los requisitos indicados en la subsección (1) de esta sección, y que hay fundamentos razonables para creer que existe la presunta infracción o peligro, se hará una inspección tan pronto sea viable para determinar si existe la presunta infracción o peligro. Las inspecciones que se lleven a cabo bajo esta sección pueden extenderse más allá de los asuntos referidos en la querrela.

NOTA: 'RCW 49.17.160, protege a los empleados o representantes que presenten querellas de seguridad y/o salud, contra actos discriminatorios por parte del patrón.'

**INSTRUCCIONES:**

Llene las secciones 2 a la 18 de la manera más exacta y completa posible. Describa cada peligro que usted crea que existe, con el mayor detalle posible. Si los peligros que describe usted en su querrela no están todos en la misma área, por favor identifique en qué parte del lugar de trabajo se puede encontrar cada peligro. Si existe algún tipo de evidencia en particular que apoye su sospecha de que existe un peligro (por ejemplo, un accidente reciente, o síntomas físicos de los empleados en el lugar) incluya esa información con su descripción. Si necesita más espacio del que provee el formulario, continúe en una hoja aparte.

Después de haber llenado el formulario, entréguelo en su oficina local de WISHA.

**Region 1**

-----  
 729 100<sup>th</sup> St SE  
 Everett WA 98208-3727

**Region 4**

-----  
 PO Box 44851  
 Olympia WA 98504-4851  
 (360) 902-4851

**Region 5**

-----  
 15 W Yakima Ave Ste 100  
 Yakima WA 98902-3480  
 (509) 454-3700

**Region 2**

-----  
 300 W Harrison St  
 Seattle WA 98119-4081

Located at:  
 7273 Linderson Way SW  
 in Tumwater

**Region 6**

-----  
 901 N Monroe Ste 100  
 Spokane WA 99201-2149  
 509) 324-2591

**Region 3**

-----  
 950 Broadway Ste 200  
 Tacoma WA 98402-4405



MOD	Fecha
-----	-------

1. Número de Querrela 
---

2. Nombre del patrono

3. Localización física (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

4. Dirección postal (si es distinta) (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

5. Oficial gerencial

6. Número de teléfono

7. Tipo de negocio

8. Descripción del peligro. Describa brevemente el(los) peligro(s) que cree usted que existen. Incluya el número aproximado de empleados expuestos al peligro o amenazados por él:

9. Localización del peligro. Especifique el edificio o área de trabajo en particular y los turnos en que existe la presunta infracción:

10. Se ha traído esta condición a la atención de: (Marque con una "X" todas las pertinentes)

- Patrono       Otra agencia de gobierno (especifique)

11. Indique su preferencia:

- No le revele mi nombre al patrono.       Le puede revelar mi nombre al patrono.

12. El que suscribe: (Marque con una "X" el apartado)

- Empleado       Comité Federal de Salud y Seguridad       Patrono  
 Representante de los empleados       Otro (especifique)

... cree que existe una infracción de las normas de Salud y Seguridad Ocupacionales, que representa un riesgo a la salud o la seguridad laboral en el establecimiento que se

13. Nombre del querellante (escriba en letra de molde o a máquina):	14. Número de teléfono
---	------------------------

15. Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) :

16. Firma :	17. Fecha
-------------	-----------

18. Si usted es un representante autorizado de empleados afectados por esta querrela, por favor indique el nombre de la organización que usted representa y su título:

Nombre de la organización:	Su título:
----------------------------	------------

**OFFICIAL USE ONLY (ARA USO OFICIAL SOLAMENTE)**

19. Reporting ID	20. Previous Activity? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, Enter Type:      Number:	21. Optional Complaint Number
------------------	---	-------------------------------

Identification	22. Establishment Name Change? <input type="checkbox"/>	23. Site Address Change? <input type="checkbox"/>	24. Account ID	25. City Code	26. County Code
----------------	---	---	----------------	---------------	-----------------

Receipt Information	27. Received by:	28. Send WISHA-7? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	29. Date	30. Time AM PM	31. Supervisor(s) assigned: a.      b.
---------------------	------------------	--	----------	----------------	---

Industry & Ownership	32. Primary SIC	33. Ownership (Mark "X" in one box) a. <input type="checkbox"/> Private Sector      b. <input type="checkbox"/> Local Government      c. <input type="checkbox"/> State Government      d. <input type="checkbox"/> Federal Agency/Code			
----------------------	-----------------	--	--	--	--

Complaint Evaluation	34. Evaluated by:		35. Subject and Severity  Discrimination <input type="checkbox"/>  Imminent Danger      Serious      General  Safety <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	36. Is this a Valid Complaint? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
	37. Formality <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Nonformal				
	38. <input type="checkbox"/> Migrant Farmworker Camp				

Complaint Action	39. Send Letter: a. <input type="checkbox"/> No Inspection - for Invalid Complaints <input type="checkbox"/> Too Vague or Unsubstantiated <input type="checkbox"/> Recent Inspection or Objective Evidence (Date of Inspection: ) <input type="checkbox"/> Not in WISHA's Jurisdiction b. <input type="checkbox"/> No Inspection - for Nonformal Complaint <input type="checkbox"/> No Imminent Danger or No Standard <input type="checkbox"/> No Direct Relation to S&H <input type="checkbox"/> Not Enough Information to Evaluate		c. <input type="checkbox"/> WISHA-7 for Signature with Letter <input type="checkbox"/> Complete or <input type="checkbox"/> Partial d. <input type="checkbox"/> Nonformal Complaint Notification to Employer <input type="checkbox"/> Complainant Notified <input type="checkbox"/> Explanation of 11(c) e. <input type="checkbox"/> Complainant Notification with Letter d <input type="checkbox"/> Name Not Revealed <input type="checkbox"/> Explanation of 11(c) f. <input type="checkbox"/> Acknowledgement to Complainant (Optional) g. <input type="checkbox"/> Other (specify)		
	40. Date Letter Sent:		41. Date Response Due (For letters c or d):		
	42. Inspection Planned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Priority:      If no, Reason:		
	43. Transfer to (Name):		44. Transfer Date:		

45. Transfer to (Category): a. <input type="checkbox"/> Federal OSHA/ Reporting ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		c. <input type="checkbox"/> Other Federal Agency/Code <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
b. <input type="checkbox"/> State OSH/ Reporting ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		d. <input type="checkbox"/> State/Local Government	
		e. <input type="checkbox"/> Other	

46. Optional Information					
Type	ID	Value	Type	ID	Value
					47. Total Entries

Close Complaint	48. <input type="checkbox"/> Close Complaint
-----------------	--

49. Comments: